**ANKIETA SATYSFAKCJI KLIENTA**

Szanowni Państwo,

Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Pełczycach w celu zapewnienia wysokiej jakości usług świadczonych na rzecz użytkowników door– to- door prosi o wyrażenie opinii na temat jakości wykonywanej usługi. Zebrane informacje pomogą w ewentualnej modyfikacji usługi transportowej celem dostosowania jej do Państwa wymagań oraz zwiększenia satysfakcji.

Jak ocenia Pani/ Pan jakość świadczonej usługi transportowej, biorąc pod uwagę następujące kryteria:

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres udzielonej usługi** | **Skala oceny** |
| **bardzo dobrze** | **dobrze** | **źle** |
| Czas oczekiwania na potwierdzenie przyjęcia zamówienia (zgłoszenia) |  |  |  |
| Kontakt z osobą przyjmującą zgłoszenie |  |  |  |
| Zadowolenie z uzyskanej informacji |  |  |  |
| Zadowolenie z usługi |  |  |  |
| Uprzejmość pracowników |  |  |  |